

Гаин Ю.М., Леонович С.И.,
Харитончик А.В., Кондратенко Г.Г.,
Шахрай С.В.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С ПЕРИТОНИТОМ

/ Минск /

Проведен анализ лечения 864 больных с различными формами перитонита. Женщин было 57,7%, мужчин – 42,3%, средний возраст составил $51,4 \pm 6,14$ года. Реактивная стадия заболевания выявлена у 30,6%, токсическая – у 50,1% и терминальная – у 19,3% пациентов. Наиболее частыми причинами его развития были: деструктивный аппендицит, прободная гастроуденальная

язва, кишечная непроходимость и травмы живота. Перитонит имел ограниченный характер у 24,4%, распространенный характер — у 75,6% больных.

Все пациенты оперированы. Радикальное источник перитонита устранен у 92,9% из них. У остальных пациентов произведены различные варианты отграничения источника заболевания от свободной брюшной полости. Всем больным проводили лаваж брюшной полости, используя не менее 8-10 л антисептического раствора (для этой цели наиболее предпочтительно применять электрохимические активированный раствор гипохлорита натрия — ЭХАР ГН — с концентрацией 100 мг/л).

Микробиологический анализ экссудата, который производили с помощью материалов и оборудования фирмы bioMérieux (Франция), установил, что наиболее часто заболевание протекает при участии ассоциаций микроорганизмов (70,3%). Монокультуры аэробов встречаются лишь у 24,2%, анаэробов — 5,5% пациентов. Более половины аэробного микробного пейзажа (57,4%) было представлено семейством энтеробактерий, где доминировала кишечная палочка (57%). Реже из энтеробактерий встречались протей, энтеробактер, клебсиелла, цитробактер и др. Аэробы при перитоните были также представлены стафилококком, стрептококком, палочкой сине-зеленого гноя и энтерококком. Анаэробные микроорганизмы (30,1% от всей микрофлоры) в абсолютном большинстве случаев были представлены популяцией факультативных анаэробов, из которых наиболее часто встречались бактероиды (69,2%). Реже высевались зубактерии, фузобактерии, пептококки, пептострептококки, вейллонеллы и клостридии.

В послеоперационном периоде всем пациентам проводилась целенаправленная антибактериальная терапия (АБТ) с учетом произошедших за последние годы изменений в чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Использованы внутрибрюшинный и внутривенный способы введения антибактериальных препаратов (АБП). Проведенная нами апробация способа непрямой лимфотропной ПБТ не выявила ее преимуществ перед внутривенным введением препаратов. В настоящее время для введения антибиотиков в брюшную полость нами используется ЭХАР ГН (50 мг/л), позволяющий уменьшить дозу АБП в два раза при сохранении общей лечебной эффективности комбинации. Разработаны и использованы для лечения больных перитонитом новые схемы антимикробного лечения, существенно улучшающие результаты АБТ. У тяжелого контингента больных из дезинтоксикационных мероприятий, наряду с методом «форсированного диуреза», использовали плазмаферез, гемо- и энтеросорбция, очищение крови при помощи ксеногенной селезенки свиньи. Применение последнего метода у 11 пациентов показало преимущество его использования у больных с тяжелыми перитонитом. У ряда пациентов лечебные мероприятия включена комплексная лазеротерапия (внутрисосудистое лазерное облучение крови с чрескожной обработкой брюшной полости при помощи полупроводниковых лазерных систем). Больным проводилась коррекция нарушения всех видов обмена и функции органов, иммуностимуляции, борьба с паралитической кишечной непроходимостью, профи-

лактика осложнений и терапия сопутствующих заболеваний. Подобная комплексная терапия привела к уменьшению общей летальности при перитоните до 12,5%, частоты послеоперационных осложнений — до 11,8%.

Таким образом, используемые принципы позволяют оптимизировать программу лечения перитонита, улучшить его непосредственные и отдаленные результаты, что имеет большое медицинское, социальное и экономическое значение.